

重度障害者医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

神戸市重度障害者医療費助成に関する条例の規定に基づき、資格の認定を申請します。

なお、資格認定については貴市が所得調査対象者の市県民税の賦課状況および障害の状況を調査することに異議ありません。また、複数の医療費助成制度の資格を同一人物が同一期間に有することが条例上認められていないことから、この申請に基づく資格が認定されたときは、他の医療費助成制度の資格を同時に喪失することに同意します。

住所： _____

申請者

電話

_____ ※日中に連絡がつく電話番号（携帯電話番号等）を記入してください。

氏名： _____

(注) この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。

神戸市 区長 宛

受給者	フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名		男・女		
	住所	〒 _____		電話番号	
配偶者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名		電話番号		
	住所				
保護者 (扶養義務者)	フリガナ		続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名				
	住所				
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり 健康保険証のコピー または 【別紙】健康保険情報を添付してください。				

身障手帳	交付日 ・	級	肢(上肢・下肢・体幹)・視・聴・平衡・言 内(心・腎・呼・膀・直・小・免疫・肝臓)	障害種別	
知的障害	判定日 ・	重 中度	1 療育手帳 2 判定書 3 診断書	障害程度	別表 号に該当
精神障害	交付日 ・	1級	精神障害者保健福祉手帳	有効期限	・

【事務処理欄】 資格取得年月日 (. .) 異動コード ()

申請の事由	事由発生日	平成・令和 年 月 日	公開の状況		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の交付 <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の取得 <input type="checkbox"/> 生活保護の停(廃)止	<input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入() <input type="checkbox"/> 前年所得が制限額以下 <input type="checkbox"/> その他()	公開 部分公開 非公開		
資格審査	. .		1. 認定 2. 却下()		情報公開条例第10条第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 5年
決裁	課長	担当係長	係	公簿確認	受給者番号
					住民票 所得 保険資格 異動入力 証作成